

Zastosowanie psychodramy w psychoterapii pacjentów chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną

Adaptation of psychodrama in psychotherapy of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa

Bernadetta Izydorczyk

Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej UŚ Katowice
Kierownik: prof. dr hab. J. M. Stanik

Summary

The aim of the article was an attempt to present selected theoretical motifs and moreover self experience in the adaptation of elements of psychodrama by Moreno in psychodynamic psychotherapy (individual and group psychotherapy) in a group of people with anorexia and bulimia nervosa. Psychodrama through own creativity, spontaneity and taking action on the “here and now” stage helps to attain and intensify therapeutic aims which concern the consciousness of inner conflict of persons with anorexia and bulimia nervosa, which is translocated on their body.

Słowa kluczowe: psychodrama, anoreksja, bulimia psychiczna

Key words: psychodrama, anorexia, bulimia nervosa

Wstęp

Anoreksja i bulimia psychiczna należą do zaburzeń, na które cierpi coraz większa grupa dorastających dziewcząt i młodych kobiet. Możemy przypuszczać, że statystyki nie obejmują w pełni rozległości tego problemu i trudno jednoznacznie sprecyzować, jaki jest jego zasięg, co wynika z wielu uwarunkowań. Niejednokrotnie osoby z rozwijającymi się cechami anorektycznego, restrykcyjnego, perfekcjonistycznego myślenia o jedzeniu i własnym wizerunku ciała nie utożsamiają ich z rozwojem choroby, traktując to jako tzw. normalne zjawisko. Nie widzą potrzeby szukania medycznej czy psychologicznej pomocy i nie „odczytują” (doświadczają) swoich trudności jako objawów chorobowych. Często nie ujawniają nasilających się objawów anorektycznych z powodu wstydu i lęku przed czekającymi je z tego powodu konsekwencjami (tj. „uznania ich” przez innych za „psychicznie chore”), dlatego trudno im zdecydować się na podjęcie leczenia. U osób z bulimią jest nieco inaczej. One boleśnie i wstydliwie przeżywają swoją chorobę. Często doświadczają, nieadekwatnie do sytuacji, silnego poczucia winy wobec siebie i wobec innych i z tego powodu długo utrzymują istnienie

swoich chorobowych dolegliwości w tajemnicy. Dotyczy to szczególnie niekontrolowanych i wstydlivych dla nich zachowań impulsywnych, na przykład cykli objadania się i prowokowanych wymiotów.

Taka sytuacja implikuje trudności pacjentów z prośbami o pomoc i szukaniem psychologicznego wsparcia. Podjęcie decyzji o udziale w procesie psychoterapii może być w tym przypadku pierwszym krokiem do wzmocnienia motywacji do zmiany i do podjęcia leczenia.

Jako terapeuta pracujący w paradygmacie psychodynamicznym, wykorzystujący elementy teorii relacji z obiektem w rozumieniu zaburzenia i dynamiki procesu terapii, z biegiem lat wzbogacałam swoją edukację i zawodowe doświadczenie o metodę Morenowskiej psychodramy. Zaczęłam stosować ją zarówno w terapii grupowej, jak i indywidualnej nie tylko osób chorych na anoreksję psychiczną. Ze względu na fakt, że znacząca część zgłaszających się po pomoc psychoterapeutyczną do ośrodka, w którym pracuję, oraz korzystających z mojej prywatnej praktyki psychologiczno-psychoterapeutycznej to osoby ujawniające objawy anoreksji psychicznej, stało się dla mnie ważne, aby wprowadzać w proces ich terapii zarówno elementy paradygmatu psychoanalityczno-psychodynamicznego, jak i psychodramy Morenowskiej.

Psychodrama, poprzez wykorzystanie egzystencjalnego podejścia do fenomenu spotkania (bycie razem, spotkanie się na scenie, wczuwanie się), dzięki elementom kreatywności i spontaniczności w stosowanych technikach daje szansę na pogłębienie i niejednokrotnie zintensyfikowanie procesu wglądowego w psychologiczne mechanizmy zaburzeń jedzenia [1, 2]. Poprzez zastosowanie pracy psychodramatycznej – tzw poszerzonej rzeczywistości (to, co miało się zdarzyć, a się nie zdarzyło, tutaj ma szansę zaistnieć i uzupełnić wewnętrzną przestrzeń świata pacjenta-protagonisty) – można rozwinąć w sposób dynamiczny (z uwzględnieniem pobudzenia emocjonalnego przeżycia) korektywne oddziaływania wobec chorej osoby.

Celem artykułu jest przedstawienie propozycji zastosowania zróżnicowanych elementów psychodramy w prowadzonych w paradygmacie psychodynamicznym indywidualnych i grupowych terapiach osób chorych na anoreksję i bulimię psychiczną.

1. Zastosowania psychodramy w początkowej fazie procesu psychoterapii osoby chorej na anoreksję i bulimię psychiczną – kształtowanie prozdrowotnej motywacji do leczenia i budowa terapeutycznego przymierza

W pierwszej fazie terapeutycznego kontaktu zadaniem podstawowym mojej pracy z pacjentem jest ciągle odwoływanie się do pytania: kiedy destrukcja w objawach i psychologiczna orientacja na wyniszczenie (śmierć) dominują u osoby ujawniającej syndrom anoreksji bądź bulimii psychicznej, jak zachęcić ją do podjęcia walki o jej własne życie? Często, gdy nie widzi ona zniekształconego (poznawczo i emocjonalnie) obrazu swego ciała, gdy nie wie, jak bardzo je niszczy tym, co robi, mam poczucie, że jako terapeuta, do którego dobrowolnie (przynajmniej w deklaracjach) przychodzi (lub zostaje przyprowadzona), staję się dla niej lustrem służącym do konfrontacji z tym, jaki jest rzeczywisty (autodestrukcyjny) stan jej ducha i ciała.

W pierwszej fazie leczenia w każdym teoretycznym i klinicznym paradygmacie istotne znaczenie ma zawarcie kontraktu, w którym ustalenie kryterium wagi ciała, kontrola parametrów medycznych są niezbędne, aby bezpiecznie prowadzić pracę psychologiczną w warunkach ambulatoryjnych. Zgoda osoby chorej na regularną kontrolę wagi ciała i kontakt z lekarzem, celem monitoringu stanu somatycznego i wyników zleconych badań, stanowi ważny punkt, który daje możliwość zwolnienia terapeuty z kontroli somatycznego stanu chorej, a zarazem umożliwia bezpieczną pracę nad redukcją objawów i psychologicznych mechanizmów zaburzeń. Im bardziej dominują medyczne i psychiczne wskaźniki wyniszczenia ciała, tym mniejsze są szanse stosowania psychoterapeutycznych oddziaływań (w tym technik psychodramy) i tym samym oczywista staje się obowiązkowa hospitalizacja jako podstawowy warunek ratowania życia. W takich sytuacjach, ze względu na inne cele lecznicze, wspieram motywację chorej osoby do konsultacji medycznej i wyrażenia zgody na hospitalizację. Moje terapeutyczne działania w tym czasie wraz ze zrozumieniem i jednocześnie wyraźnym, werbalnie wyrażanym konfrontowaniem osoby chorej (szczególnie, jeśli nasilają się objawy cykli objadania się, prowokowania wymiotów, przeczyszczeń ciała, powtarzających się głodówek, restrykcyjnego odchudzania, stosowania fizycznych ćwiczeń) z rzeczywistym wymiarem stanu rzeczy. Wskazuję jej na realną obecność wyniszczających organizm chorobowych objawów i związane z nimi niebezpieczeństwo śmierci.

Dyrektywno-wychowawcza postawa wobec osoby chorej, u której nasilają się anorektyczne objawy, ma służyć realizacji priorytetowego zadania tego etapu leczenia. Jasny komunikat od terapeuty, że chora nie jest w stanie dokonać realnej oceny nie tylko wagi ciała, ale i ogólnego stanu zdrowia, co stanowi zagrożenia dla jej życia, jest propozycją wsparcia jej w procesie odzyskiwania stanu zdrowotnej równowagi i ustalania warunków kontraktu na terapię. Można zatem powiedzieć: „Jeśli mi zaufasz, to będę mogła uczestniczyć wspólnie z Tobą w drodze do odzyskania przez Ciebie siły do ponownego przejęcia kontroli nad Twoim życiem i zdrowiem” [2]. Tak pojęta dyrektywność w pracy terapeutycznej wydaje się klócić z pełną aprobaty postawą lidera psychodramy, który, wprowadzając protagonistę na scenę, całkowicie idzie za nim i jego obrazami po to, aby ten drugi mógł eksplorować swoją konfliktowość i świat przeżyć wewnętrznych. To protagonista ma wyzwoić swoją spontaniczność i to on musi chcieć i czuć się gotowy do pracy nad swoimi uczuciami, myślami, zniekształconymi obrazami (szczególnie wizerunku ciała) i innymi stanami wewnętrznymi. W psychodramie ma temu służyć etap rozgrzewki (przygotowanie pacjenta do pracy na scenie nad swoimi wewnętrznymi konfliktami, uczuciami itp. poprzez wprowadzenie różnych technik psychodramatycznych, np. socjometrycznych), co w fazie wstępnej – nawiązywania kontaktu i zawiązywania kontraktu – jest trudne ze względu na samą motywację i czas, jakim dysponuje terapeuta. Niemniej jednak w prowadzonej w paradygmacie psychodynamicznym terapii indywidualnej, kiedy zaczynamy budować terapeutyczne przymierze, nie zawsze wykluczamy zastosowanie technik psychodramy.

W prowadzonej psychodynamicznie terapii indywidualnej w fazie budowania sojuszu terapeutycznego, technikę „psychodramatycznej rozgrzewki” do dalszej pracy stanowi dialog, jaki rozwijamy z pacjentem, kiedy przychodzi na terapię. Pytamy go

wówczas: co słyhać, jak się ma, z czym dzisiaj przychodzi? Pacjent „rozgrzewający się” poprzez eksplorujące pytania i interwencje terapeuty może ukierunkować się na dalszą już psychodramatyczną pracę nad swoimi uczuciami, postawami, relacjami społecznymi. Stosunkowo krótki czas trwania dialogu podczas sesji prowadzonej psychodynamicznie nie ułatwia pacjentowi szybkiego „rozgrzania się” do roli protagonisty. Protagonista, o specyficznej strukturze charakteru osobowości (czego dowodzą badania naukowe), ma mechanizmy obronne oparte na blokadach emocjonalnych, rozszczepieniu, zaprzeczeniu, racjonalizacjach, zniekształceniach poznawczych, dotyczących szczególnie obrazu ciała i samooceny [2].

Wprowadzenie fazy „rozgrzewki” w tej grupie chorych wymaga dużej ostrożności w doborze technik psychodramatycznych i dostosowania ich do bezpiecznego kontaktu z cielesnością. U tych osób, traktujących ciało jako nieakceptowany „zły obiekt, który należy niszczyć”, dobór technik psychodramatycznych powinien uwzględniać powolne wprowadzanie w przebieg pracy na scenie (zarówno grupowej, jak i indywidualnej) kontaktu przez dotyk różnych elementów ciała. Zbyt szybkie ich zastosowanie może wtórnie pogłębić efekt traumatyzacji, szczególnie, jeśli osoba chora na anoreksję bądź bulimię doświadczyła wcześniej w swoim życiu nadużycia granic swojej cielesności. Ze względu na wspomnianą specyfikę rozwoju osoby chorej, gry protagonistyczne stosują raczej rzadko albowiem mogą budzić zbyt silne napięcie emocjonalne i opór. Dotyczy to szczególnie sytuacji, kiedy osoba chora prezentuje głęboką destabilizację struktury osobowości, np. o cechach psychotycznych, patologii tożsamości z tendencją do nadmiernej impulsywności i rozmycia granic.

Kiedy po pomoc psychologiczną zgłaszają się osoby chore na bulimię, często mówią o cierpieniu, poczuciu winy, lęku i wstydzie z powodu tego, co robią, myśląc o objadaniu się, prowokowaniu kompensacyjnych objawów. Od samego początku ujawniają one motywację, aby pozbyć się uciążliwych dla siebie (budzących wstyd, poczucie winy, a nawet własne obrzydzenie) zachowań kompensacyjnych. Z tego powodu wobec nich częściej niż wobec osób z anoreksją psychiczną rozpoczynam w fazie wstępnej stosowanie technik psychodramy.

Gdy zaczynam budować terapeutyczne przymierze, i zawarłam już kontrakt na terapię, do werbalnego dialogu w pracy z pacjentem włączam elementy technik psychodramatycznych, takich jak zamiana ról czy technika lustra. Scena to nie tylko miejsce fizyczne, w którym rozgrywać się może akcja psychodramatycznego, wniesionego przez jej głównego bohatera (pacjenta-protagonistę), obrazu z życia, ale też miejsce symbolicznego pokazania przestrzeni świata wewnętrznego, na przykład uczuć, jakich doświadcza on w związku z przyjściem na terapię.

W pierwszym etapie indywidualnego kontaktu z pacjentem często proponuję pracę z wykorzystaniem obrazu i techniki wizualizacji. Czasami, jeśli pacjent odpowiada na propozycję wyjścia na scenę oporem (milczy, kategorycznie odmawia), pracuję nad źródłami tego oporu, wykorzystując dialog terapeutyczny, a w dalszej kolejności proponuję pracę z zastosowaniem budowy obrazu bez potrzeby wstawiania z krzesła. Proponuję mu pokazanie na scenie (przed krzesłem, na którym siedzi) tego, co wstrzymuje go przed podjęciem decyzji o leczeniu, co nie pozwalało przyjść wcześniej po pomoc. Wprowadzam tzw. ego pomocnicze pod postacią ról symbolicznych (wybranych przez

chorą osobę rekwizytów, reprezentujących symbolicznie części tworzonego przez nią obrazu). Częścią nich są kolorowe kartki, chusty, za pomocą których, opierający się, milczący bądź impulsywny, czujący do siebie obrzydzenie, pacjent może sam wskazać, co widzi, i jeśli chce – co czuje, bez konieczności oceny tego, co robi. Czuje, że jest to jego obraz. Poprzez wywiad zbierany od pacjenta-protagonisty w momencie, kiedy jeszcze nie rozpoczął on gry, siedzi na krześle i pokazuje co i jak widzi, a następnie układa to przed sobą, terapeuta-lider może zapoczątkować tzw. ciąg dalszy, ukierunkowany na eksplorację wątku motywacji do leczenia, genezy choroby (jakie, zablokowane w wyrażaniu, uczucia, konflikty wewnętrzne kryją się za chorobowymi objawami). Kiedy aktywność pacjenta wzrasta (reaguje na pytania lidera, wybiera rekwizyty i układa je przed sobą zgodnie z własnym, wewnętrznym obrazem tego, co widzi i czuje), najczęściej proponuję wstanie z krzesła i przesiedzenie z nim (już w roli protagonisty) na scenie kolejnych sekwencji stworzonych przez niego obrazów. Analizujemy wówczas to, jak doszło do wskazanego stanu, dlaczego nie chciał przyjść wcześniej, jakie przeszkody napotykał na swojej drodze do terapii, jakie uczucia w nim teraz dominują, co widzi w swoim wewnętrznym świecie itp. Najczęściej pojawiają się wtedy informacje o doświadczanych wobec siebie, wobec choroby i wizerunku swego ciała uczuciach. Proponuję pracę nad nimi z użyciem symbolu.

Psychodramatyczna praca z osobami chorującymi na zaburzenia jedzenia łączy się z podejściem arteterapeutycznym reprezentowanym przez Lacey i Evans [3]. Sięga ono korzeniami idei psychoanalitycznej i teorii relacji z obiektem. Zakłada, że ekspresja myśli i uczuć, które pochodzą z nieświadomości, uzewnętrznia się w większej części za pomocą obrazów, a nie słów. Pacjent poprzez obraz odsłania przed terapeutą fragment swojego wewnętrznego świata. Arteterapia, a w tym psychodrama, pozwala na użycie alternatywnego języka i poradzenie sobie z oporem, pominięcie mechanizmów obronnych jednostki, zwykle bowiem represjonowany aspekt self może być szybciej wyrażony poprzez obraz, ponieważ słowa łatwiej poddają się kontroli. Obraz, wyrażony poprzez sztukę, może pełnić rolę obiektu przejściowego [3]. W toku procesu terapeutycznego możliwe jest zatem odkrycie wraz z pacjentem symbolicznego świata jego reprezentacji, sposobów wchodzenia z nimi w relacje oraz ich używania. Freud uważał, że „ego jest przede wszystkim ego cielesnym” i stwierdzenie to stanowi punkt wyjścia pracy z pacjentkami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania się ze względu na fakt, że „używają swoich ciał jako obiektów przejściowych” [3].

2. Zastosowania psychodramy w zaawansowanej fazie procesu psychoterapii osoby chorej na anoreksję i bulimię psychiczną – praca nad redukcją chorobowych objawów i wglądem w psychologiczne mechanizmy anorektycznych i bulimicznych zaburzeń

W kolejnym etapie terapeutycznego procesu, kiedy ujawniająca objawy anoreksji lub bulimii osoba nawiązała z nami relację (sojusz terapeutyczny), pojawia się czas na pracę z objawem, wewnętrzną konfliktowością i zintrojektowanymi matrycami relacji z obiektami znaczącymi oraz na korygowanie rozwojowych deficytów.

Zróznicowana typologia dysfunkcyjnych osobowości (np. obsesyjno-kompulsywnej, borderline, zależnej, narcystycznej), perfekcjonizm, a szczególnie silny lęk,

mogą wzmacniać opór przed pracą psychodramatyczną bądź ją przerywać. Z drugiej strony, gdyby mimo zrozumiałych przeszkód udało się wprowadzić psychodramatyczne techniki, mogą one znacznie przyspieszyć proces przepracowywania i omijania oporu. Odwoływanie się do eksploracji obrazu i zablokowanych, nieświadomych uczuć z wykorzystaniem pracy na symbolu (na przykład symboliczna praca z objawem chorobowym, oporem, blokadą, przeszkodą) oraz efekt katharsis wspierają motywację do dalszej pracy i umacniają poczucie wpływu i sprawstwa osoby chorej, która, poprzez nadmierną kontrolę i perfekcjonizm, ukrywała w nieświadomości swoje poczucie słabości, bezradności i niską wartość własną.

Kiedy kontrakt na leczenie został już zawarty, a motywację ustabilizowano na poziomie umożliwiającym dalszy przebieg procesu terapeutycznego, tj. osoba chora wyraziła zgodę na zajmowanie się jej psychicznymi, wewnętrznymi stanami i objawami, wykorzystanie psychodramatycznych technik celem „rozgrzania” jej do pracy nad nimi jest bardziej realne. Lider w pewnym sensie kontroluje sytuację „rozgrzewania”, diagnozując, kto i kiedy jest gotowy do pracy i w jakim stopniu grupa (jeśli mamy do czynienia z terapią grupową) jest gotowa do tego, aby zmierzyć się z wybranym tematem protagonisty.

W grupie terapeutycznej, pracującej w paradygmacie psychodynamicznym, istnieje również możliwość sięgnięcia do zróżnicowanych technik psychodramatycznych. Pomagają one pacjentowi szybciej i łatwiej (z pominięciem zjawiska oporu) uzyskać efekt tzw. rozgrzania, tj. wewnętrznej gotowości do pracy nad emocjonalnymi konfliktami oraz deficytami. Kiedy znajdujący się w terapii grupowej pacjent wybiera rolę w proponowanych przez terapeutę-lidera grach grupowych fazy rozgrzewki (na przykład na temat: wspólna wyprawa, podróż), odbiera percepcję ról innych pacjentów w grupie, przysłuchuje się analizie i omówieniu gry w fazie końcowej, zwrotom od innych członków grupy oraz sheringowi (dzielenie się własnymi przeżyciami i doświadczeniami w obecności innych po grze), ma szansę na szybsze przełamanie zjawiska uniwersalnego oporu i uruchomienie tendencji wzmagających motywację do pracy nad wewnętrznymi powodami eksponowanych objawów chorobowych.

Na tym etapie warto uwzględnić elementy wizualizacji (wyobrażania obrazu ciała jako całości lub różnych jego części), psychorysunku (na przykład sporządzanie tzw. mapy ciała: rysowanie obrazu swojego ciała) oraz elementy tańca (szczególnie w pracy grupowej), dzięki którym osoby chore na anoreksję uczą się w sposób nieinwazyjny kontaktu z własną cielesnością. Przykładem może być wspólny taniec w okręgu, w czasie którego uczestnicy terapii nie trzymają się za ręce, ale kontaktują się dotykowo przez łączący ich sznurek (symbol łączności z innymi) – są wtedy w stanie zachować właściwy dla nich na tym etapie dystans, który chroni przed nadmierną (zagrożającą) fizyczną bliskością dotyku.

W psychodramie możliwe jest katharsis, co oznacza nie tylko odblokowanie i wyrażenie negatywnych emocji, ale też napelnienie się również pozytywnymi emocjami. Staje się tak dzięki fenomenowi tzw. poszerzonej rzeczywistości. Oznacza ona możliwość prowadzenia akcji na scenie w rzeczywistości zmienionej w stosunku do faktycznej z życia protagonisty [1].

W psychodramatycznej pracy nad objawem i poszukiwaniem jego psychologicznych źródeł technikami dominującymi są: zmiana ról, trening ról, dublowanie, lustro, praca z wykorzystaniem poszerzonej rzeczywistości [1].

Technika zmiany roli (tj. zamiana miejscami protagonisty z daną rolą, czyli ego pomocniczym) daje szansę na pokazanie przez pacjenta-protagonistę swojego doświadczenia odgrywanej na scenie sytuacji związanej z jego życiem, znaczeniem jedzenia w jego życiu, pokarmów, części ciała, uczuć, myśli, zachowań lub innych stanów. Przez to poszerza zakres wiedzy o sobie samym i swoim przeżywaniu sytuacji, która na przykład wiąże się z karmieniem, jedzeniem, relacją z matką itp. Ego pomocnicze pomaga protagoniście uświadomić sobie obszary jego konfliktów, dotąd tkwiących poza jego świadomością, albowiem poprzez zarówno „użyczenie głosu i ciała” (w grupie robi to osoba, w monodramie rekwizyt i lider), jak i dialog w kolejnych zmianach roli daje możliwość nie tylko odkrycia tego, co nieświadome, ale też i skorygowania tego, co dysfunkcyjne. Pacjent-protagonista może usłyszeć na scenie wewnętrzny dialog z samym sobą. W zamianie roli ze swoim żołądkiem lub inną ważną częścią ciała może uświadomić sobie, jakie uczucia do nich żywi, jak bardzo je niszczy, a przez to uaktywnić drogę do konfrontacji i zmiany zachowań wobec ciała.

Technika lustra (pacjent-protagonista spogląda na prezentowany obraz na scenie „z boku”, z widowni, z tzw. metapozycji, a jego miejsce na scenie w obrazie zajmuje wybrany przez niego dubler) oraz technika dublowania dają szansę na łatwiejsze i szybsze w czasie trwania terapii ujawnienie zablokowanego buntu (agresji) oraz innych uczuć, których młody pacjent nie widzi czy boi się. Dublowanie to „głos wewnętrzny” protagonisty wypowiedziany w jego imieniu przez terapeutę-lidera z pozycji ukrytego niejawnego „ja” protagonisty [1]. Pozwala ono odreagować wiele ukrywanych negatywnych emocji, których doświadcza osoba chora na anoreksję psychiczną. Należą do nich często poczucie wstydu za własną słabość, lęk przed przytyciem.

Dzięki dublowaniu wspierającemu (wzmacniającemu wypowiedzi protagonisty), konfrontującemu (prowokowanie protagonisty do ekspozycji uczuć, myśli), ambiwalentnemu (pokazywaniu protagoniście jego sprzecznych uczuć, myśli, konfliktowości) lider może wypowiedzieć to, czego protagonistista boi się nazwać wprost (na przykład wydobyć pokłady swojej ukrywanej złości, lęku przed dorosłością, odpowiedzialnością, separacją), a tym samym wspomóc proces uzyskiwania wglądu w mechanizmy psychologiczne, tkwiące u podłoża rozwijających się objawów anoreksji.

Stosowana często w psychodramie praca z wykorzystaniem fenomenu tzw. poszerzonej rzeczywistości daje szansę na doświadczenie uczuć korektywnych, których pacjent pragnął, które miały się pojawić w jego życiu (zgodnie z rozwojem), ale których nie zaznał na przykład z powodu deficytowego emocjonalnie środowiska rodzinnego (brak zaspokojenia podstawowych potrzeb w rodzinie).

Chore na anoreksję psychiczną funkcjonują na tzw. konkretnym poziomie myślenia, używają metafor cielesnych niejako w opozycji do psychologicznych. Dla wielu z nich ciało to nie tylko „znienawidzony obiekt, który wymaga kontroli”, ale też „pewna stała, która przypomina im, że istnieją, oraz o tym, że ich istnienie znamionuje pewne braki” [3]. Ten „patologiczny deficyt” wymusza podjęcie działań mających na celu zapobiegnięcie poczuciu fragmentacji cielesnej. Ciało, które identyfikowane jest

z obiektem maternalnym, jest doświadczane jako „oskarżyciel”, stąd musi być poddawane kontroli, zanim, „pochłonie” pacjenta. Pacjenci tacy ponieśli rozwojową porażkę na etapie psychicznej i umysłowej separacji z obiektem maternalnym, co doprowadziło ich do narcystycznej fiksacji na ciele i zablokowało możliwość nawiązywania relacji z obiektami w szerszym świecie. Głęboką konsekwencją braku separacji z obiektem jest niewykształcenie granic pomiędzy self a obiektem oraz nieosiągnięcie indywidualizacji [3]. Funkcjonowanie takie opiera się na głębokiej dychotomii ciała i umysłu, w której ciało postrzegane jest jako przedmiot. Pacjent walczy z uprzedmiotowianiem ciała, co niejednokrotnie łączy się z gwałtownym atakiem na self, będącym próbą odzyskania pierwotnego poczucia siebie. Ciało staje się więc terytorium walki, której intensywność wynika z faktu, że nie zawiera ono jedynie „złego” obiektu. Aby zyskać poczucie „posiadania przestrzeni” wewnątrz siebie (self), jednostka musi mieć cielesne granice, które oddzielają ją od świata [3]. Myśli pacjentek są niejednokrotnie zbyt trudne do zniesienia, stąd próbują się ich pozbyć w toku działania. Im bardziej jednostka stara się je usunąć z przestrzeni mentalnej, tym bardziej aparat myślenia staje się zaburzony. Psychodrama, jako sztuka (dramat) odgrywana na scenie, stwarza konkretną przestrzeń dla myśli, których chore na anoreksję lub bulimie chcą i mogą się pozbyć w działaniu. Umożliwia to tzw. poszerzona rzeczywistość.

W zaawansowanym etapie terapii, kiedy osoby chore poruszają temat negatywnych (autodestruktywnych) uczuć kierowanych w stronę swojego ciała, dominuje poczucie obrzydzenia, wstręt, wstyd, złość, lęk, chęć zniszczenia ciała [4]. W kontekście destrukcyjnego myślenia o sobie i negacji wizerunku własnego ciała często wprowadzam monodramę. Stanowi ona technikę psychodramy stosowanej bez uczestnictwa grupy tylko w obecności lidera i protagonisty. Role (ego pomocnicze) odgrywają wybrane przez pacjenta-protagonistę rekwizyty (przedmioty, chusty). Jeśli pozostająca ze mną w relacji chora osoba wyrazi zgodę, to zajmuję się pracą nad anorektycznymi bądź bulimicznymi objawami (szczególnie cyklami: objadanie się – wymioty – poczucie winy), stosując techniki: lustra, dublowania, zamiany ról.

W pracy na uczuciach obrzydzenia do swojego ciała i siebie często proponuję ukazanie tego obrzydzenia w formie symbolicznej (na przykład wybór przez pacjenta z zestawu kolorowych chust jednej z nich jako symbolu tego obrzydzenia). Poprzez wzięcie do ręki symbolu, np. obrzydzenia, chora osoba ma okazję mu się przyjrzeć i poczuć w dotyku, a terapeuta-lider może zapytać o cechy szczegółowe tegoż uczucia (jak jest duże, silne, głębokie, stare, jaką ma strukturę, skąd pochodzi itp.). Pacjent ma okazję, omijając opór, dokonać w ten sposób wstępnej identyfikacji uczucia doświadczanego w stosunku do siebie, ja, jako terapeuta, mogę dokonać wstępnej diagnozy psychologicznych uwarunkowań tkwiących u podstaw objawów. Kiedy pacjent-protagonista mówi o swoich odczuciach, na przykład „wstydzę się i jestem przerażony”, proszę go o ułożenie na scenie obrazu jego przerażenia i wstydu (jakie jest twoje przerażenie, wstyd, zademonstruj tutaj, korzystając z rekwizytów, przedmiotów, których możesz użyć jako symboli, to, co chcesz pokazać). Po zbudowaniu tego obrazu proszę go, żeby zamienił się miejscami z rolami, tj. wybranymi, poszczególnymi częściami jego obrazu. Pacjent-protagonista z pozycji zamiany roli może pokazać (dzięki prowadzonemu wywiadowi i dopytywaniu się lidera) swoje wewnętrzne, zróżnicowane

myślenie i przeżywanie różnych aspektów siebie (na przykład, dlaczego ma niepewną motywację do podjęcia leczenia). W zamianie roli z przerażeniem czy wstydem pacjent -protagonista, pytany w wywiadzie przez lidera (jaki jesteś silny, wielki, jaki jesteś stary, jaką masz barwę, jaka jest twoja główna cecha itp.), ma możliwość pokazania w sposób symboliczny, ale klarowny, tego, co stanowi źródło jego przerażenia czy też wstydu. Innym uczuciem – często zgłaszanym przez osoby z zaburzeniami odżywiania się (częściej bulimią) na tym etapie terapeutycznego kontaktu jest złość. Poprzez proponowaną zamianę roli ze złością protagonisty, pytany w wywiadzie przez lidera, skąd pochodzi, ile ma lat, jak wielka jest jego złość, ilu i jakich ma adresatów, komu służy, czy jest wrogiem czy przyjacielem protagonisty itp., może uzyskać znaczne poszerzenie pola świadomości w zakresie uczucia złości do samego siebie i swojego doświadczania złości do innych. Jeśli, jako lider, uzyskuje informację o dużej sile i wieloletniej obecności wymienionych uczuć, oraz o nacisku rodzinnego otoczenia na szybkie i perfekcyjne wyleczenie się (w krótkim czasie), staje się dla mnie diagnostycznie zrozumiałe, dlaczego pacjent-protagonista reaguje oporem, wstydem, złością i lękiem w relacji do siebie i choroby. Ujawnienie na scenie przez pacjenta-protagonistę autodestruktywnych odczuć, przy zrozumieniu i akceptacji tego stanu przez lidera, wzmacnia siły tego pierwszego i zachęca go do większej spontaniczności, kreacji tego, co mógłby zrobić, aby przeciwstawić się patologicznej impulsywności w objawach bulimicznych: objadaniu się i prowokowaniu wymiotów.

Poprzez pytania w wywiadzie psychodramatycznym lider może wskazać na negatywny aspekt tych uczuć, których pacjent nie widzi; jednocześnie może pokazać swoje wsparcie i towarzyszenie pacjentowi w jego trudnej decyzji, związanej z leczeniem, i codziennym radzeniu sobie w życiu ze wspomnianymi objawami i uczuciami destrukcyjnymi (szczególnie z poczuciem winy). Z pozycji tzw. lustra pacjent-protagonista spogląda na prezentowany na scenie obraz z „z boku”, z widowni, z tzw. metapozycji, a jego miejsce na scenie w obrazie zajmuje wybrany przez niego dubler. Przez zajęcie pozycji obserwatora, omijając zbyt emocjonalne nastawienie, może on uzyskać poznawczy wgląd i intelektualne rozeznanie w źródłach pokazywanych na obrazie aspektów siebie i chorobowych objawów.

3. Zastosowanie psychodramy w psychodynamicznie prowadzonej psychoterapii grupowej osób ze zróżnicowanymi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami odżywiania się

Organizacja i struktura przebiegu psychodramy wraz z technikami zastosowanymi w procesie pracy grupy terapeutycznej, w której znajdują się osoby chore na zaburzenia jedzenia, odbywa się na podobnych założeniach i zasadach jak we wszystkich innych strukturach grupowych, w których leczą się też osoby z innymi zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości.

W treściach podejmowanych tematów do gry na scenie w trakcie trwania sesji grupowych, w których protagonistą jest osoba z diagnozą anoreksji bądź bulimii psychicznej, zwykle zawarte są wątki dotyczące nienawiści do ciała, lęku przed

seksualnością, relacji rodzinnych (często konfliktów w odniesieniu do tematu relacji z matką) lub problemów związanych z pokarmem i jedzeniem [3].

Psychoterapia prowadzona psychodynamicznie, z ukierunkowaniem na teorie relacji z obiektem, uznaje znaczenie wewnętrznego świata jako układu (zintrojektowanych) interakcji ze znaczącymi innymi. Zinteranalizowana percepcja rodziców i innych jest rozgrywana w postaci wewnętrznych minidramatów, które oddziałują w widoczny sposób na zachowanie pacjenta. W toku trwania psychodramatycznej pracy na scenie dochodzi do eksternalizacji nieuświadomionych wcześniej wewnętrznych dramatów osoby chorej, przez co zyskuje ona poznawczy i emocjonalny wgląd w źródła swoich anorektycznych i bulimicznych objawów. Będąc w roli na scenie i zajmując pozycję lustra, protagonista ma szansę wyjść z impasu, zrozumieć swoje sprzeczne komunikaty i treści, które przekazuje, co umożliwi mu modyfikację (zmianę) zachowań.

W pracy z cierpiącymi na anoreksję Mary Levens [3] zwraca uwagę na znaczenie stosunku pacjentek do własnego ciała, do swoich myśli i emocji. Znaczenie obrazu ciała (body image), jego percepcji, uczuć i myśli z nim związanych odgrywa tutaj dużą rolę. Wiele wspomnień sięgających poziomu prewerbalnego jest przechowywanych w ciele, stąd zwracanie uwagi na sygnały płynące z niego umożliwia poszerzenie świadomości o tym obszarze [4, 5]. Prawdziwe self chorych zostało wyparte lub zaprzeczone, stąd istnieje potrzeba ponownego odkrycia go, wydobywania słów, których nigdy nie wypowiedziano, i doświadczenia emocji, które nie mogły być odczuwane wskutek dorastania w środowisku nie na tyle bezpiecznym, aby umożliwiło doświadczenie pełnej gamy uczuć. Psychodrama daje tutaj wiele szans osobie chorej.

W rozgrywającej się scenie psychodramatycznej członkowie grupy mogą aktywnie uczestniczyć stosując „dublowanie”. Wypowiadając niewypowiedziane myśli protagonisty, pomagają mu w przełamywaniu obron, dzięki czemu jego uświadomione potrzeby mogą dojść do głosu. Protagonista może zaakceptować lub odrzucić wypowiedzi dublera. Występowanie w roli dublera przynosi też korzyści samemu dublującemu. Pacjentka z anoreksją lub bulimią, przyjmując w pracy innej osoby na scenie rolę jej dublera, często jest w stanie nazwać jej uczucia, myśli, potrzeby i trudności, natomiast nie potrafi tego uświadomić samej sobie. W ten sposób może się identyfikować z tym, czego sama może doświadczać, a przez to wspomóc własny proces emocjonalnego i intelektualnego wglądu w psychologiczne mechanizmy zaburzeń.

W zaawansowanym etapie, gdy pracuje się nad wglądem w psychologiczne mechanizmy zaburzeń, chore na bulimię czy anoreksję psychiczną często skupiają uwagę na sobie, wnosząc do grupowej aktywności głównie trudności i problemy, ukierunkowane tematycznie na problematykę jedzenia i objawów. Budzi to często u nich poczucie winy. Inaczej jest jednak w początkowym etapie funkcjonowania grupy, kiedy tematyka trudności związanych z obszarem jedzenia stanowi ważny punkt procesu identyfikacji i ustalenia poziomu zaufania poszczególnych uczestników grupy do siebie. Uświadomienie sobie w tej fazie grupowego procesu faktu, że nie jest się jedyną osobą, która ukrywa przed światem problem choroby, jest wysoce terapeutyczne. Yalom nazywa ten czynnik „uniwersalnością” i zalicza go do ogólnych czynników leczniczych w terapii grupowej.

Chora na bulimię i anoreksję psychiczną często wydatkują energię na zadowalanie innych. Grupa może udzielić pomocy w procesie uzyskiwania kontaktu z wypartą, „potrzebującą” częścią siebie dzięki odgrywaniu ról, które wybiera protagonista, np. „kochającej siostry”, „lojalnego przyjaciela”, „obowiązkowego studenta”. Pomaga uznać te aspekty, które jednostka w sobie akceptuje, sprawia, że chora na bulimię czy anoreksję osoba tworzy całościowy obraz siebie, który jest niejako w opozycji do „złego”, bulimiczno-anorektycznego aspektu, prezentowanego w jej myśleniu o sobie [6].

W psychoterapii grupowej (szczególnie krótko- i średnioterminowej), której uczestnikami są osoby ze zróżnicowanymi zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, kiedy dokonujemy psychoterapeutycznych (również psychodramatycznych) interwencji wobec pacjentów z diagnozą zaburzeń odżywiania się, należy uwzględnić wobec tych pierwszych interwencje wspomagające przejście z tematów dotyczących identyfikacji z „tematami jedzenia” na poziom relacji i tematy wychodzące poza obszary związane z jedzeniem. Pomocne w osiągnięciu tego celu mogą być ćwiczenia, które mają charakter ustrukturuwany. Terapeuta może powiedzieć do grupy: „Odlóżmy jedzenie na chwilę na bok i pomyślmy o kilku uczuciach, których często doświadczamy. Stańcie się tymi uczuciami i przedstawcie się partnerowi”. Ćwiczenie to pozwala na ustalenie głębszej identyfikacji pomiędzy członkami grupy [3]. Dla osób chorych na bulimię i anoreksję psychiczną przyzwolenie sobie na większą spontaniczność jest istotne. Psychodrama wspomaga ten proces poprzez wprowadzenie ćwiczeń nad poprawą samooceny czy zwiększeniem poziomu zaufania [6]. Grupa w większym stopniu się relaksuje, gdy ćwiczenia mają określona strukturę. W miarę postępów terapii możliwe jest stopniowe rezygnowanie z niej i eksploracja kreatywności i spontaniczności samych chorych poprzez psychodramatyczną grę na scenie.

Goldman i Morrison w swej pracy pt. „Psychodrama. Doświadczenie i proces” [7] zauważają, że: „Protagonista używa symboli i metafor, które odnoszą się bezpośrednio i konkretnie do jego życia. Symbole te są przywoływane w toku życia konkretyzacji – przełożenia na konkretne znaczenie”. Podkreślają, że: „ważne jest, aby protagonista odniósł pożytek z najbardziej znaczących i ewidentnych symboli”. Zauważają, że kiedy dojdzie do ustrukturuwania (ukonkretnienia), powinniśmy za pomocą klaryfikacji pokazać znaczenie danego symbolu. Brak stałego poczucia siebie współwystępuje u chorych z doświadczeniem braku stałości świata, stąd mogą oni często prowokować u innych reakcje kontroli, gdyż wielu z nich obawia się przekroczenia granicy fantazji i przeniesienia zdarzeń, które rozgrywają się w jej świecie, do świata realnego. Trzeba o tym pamiętać w pracy z protagonistą, gdyż jego lęk przed utratą kontroli wydaje się w tym przypadku zrozumiały i uzasadniony. Pojęcie utraty kontroli może obejmować lęk przed zastosowaniem przemocy względem innej osoby, dekompensację psychiczną oraz dopuszczenie się aktów zniszczenia mienia pod wpływem niekontrolowanego napadu złości. Lider prowadzący psychodramę osoby z zaburzeniami odżywiania się powinien uwzględnić takie stany wewnętrzne i możliwe do wystąpienia reakcje. Jego obowiązkiem jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, tak protagoniście, jak i grupie.

Blatner [8] zakłada, że „musimy nauczyć się odróżniać pojęcie odgrywania roli od nieterapeutycznych zachowań typu acting out. Ekspresja self może wyrażać się

zarówno w regresywnych tendencjach, jak i ich progresywnych alternatywach. Stopień zdystansowania roli i wprowadzania obserwującego ego subtelnie generuje rozwój i posuwa zachowanie do przodu”.

Według Blatnera [8] istotą podejścia do transformacji zachowań typu acting out w psychodramie nie jest stymulacja i wzmacnianie pierwotnych zachowań, złe wykorzystywanie części tej energii w toczącym się procesie, który może być transformacyjny. Dominującą cechą pacjentów z zaburzeniami odżywiania się jest nieumiejętność odraczania gratyfikacji. W momencie pojawienia się pragnienia/potrzeby ujawnia się tendencja do natychmiastowego zaspokojenia ich. Frustracja i napięcie domagają się szybkiego rozładowania. Zadaniem psychoterapii jest nauczenie odraczania zaspokajania potrzeb i tolerowania napięcia, a psychodrama może, na przykład poprzez poszerzoną rzeczywistość, trening roli, tę umiejętność wzbogacić.

W zgłaszanej przez chorych tematyce często pojawia się wątek pragnienia posiadania tzw. „dobrej matki”. Postać tę niejednokrotnie utożsamiają one z osobą lekarza, terapeuty, również lidera psychodramy. Wprowadzenie na scenę tematu relacji z matką może dać osobie chorej szansę rozpoznania w zamianie roli swoich wewnętrznych uczuć i stanów oraz korektywnego doświadczenia usłyszenia od samej siebie tego, czego nie słyszała (a chciała usłyszeć) wcześniej od swojej matki. Grupa terapeutyczna, w której leczą się chore na anoreksję, często potrzebuje pomocy w procesie tematycznego wyjścia poza obszar związany z tematami jedzenia. Zachęcanie przez lidera do spontanicznej ekspresji uczuć, reakcji, często napotyka opór ze strony tej grupy chorych. Dzieje się tak, gdyż pozwolenie sobie na spontaniczność stanowi dla nich wyraz nieodpowiedzialności i lekkomyślności oraz wywołuje poczucie winy. Zanim którakolwiek z tych chorych zaryzykuje spontaniczność, konieczne staje się „przygotowanie gruntu”, wspieranie i stymulacja w postaci psychodramatycznych ćwiczeń nad poprawą samooceny czy zwiększeniem poziomu zaufania do innych. Pomocne w osiągnięciu tego celu mogą być ćwiczenia, które mają charakter ustrukturuwany. Terapeuta może powiedzieć go grupy: „Odłóżcie jedzenie na chwilę na bok i pomyślcie o uczuciach, których często doświadczacie, a następnie stańcie się tymi uczuciami i przedstawcie się partnerowi”. Ćwiczenie to pozwala na ustalenie głębszego poziomu identyfikacji uczuć zarówno w relacjach z innymi członkami grupy, jak i do siebie.

W pracy nad wglądem w psychologiczne mechanizmy zaburzeń odżywiania się i ich objawy pacjent powinien mieć poczucie, że ma kontrolę nad przebiegiem swojej psychodramatycznej pracy i możliwość zatrzymania jej lub zwolnienia tempa. Analizując objawy pacjent powinien mieć świadomość, że w swej pracy nad prezentowanym przez siebie tematem nie będzie popychany przez lidera w kierunku obszarów, które są zbyt trudne do odkrycia. Jako podmiot będzie decydował o tempie zachodzącego procesu i zmian, do których dąży w terapii.

4. Etap kończenia terapii – psychodramatyczna praca nad rozstaniem i opracowaniem planu działań na przyszłość

Na tym etapie terapeutycznej pracy z osobą chorą na anoreksję bądź bulimie psychodrama daje wiele możliwości. Podstawowe cele tego okresu pracy to do-

prowadzenie i przeprowadzenie chorej przez wątek korektywnego przeżycia uczuć związanych zarówno z rozstaniem, jak i pracą nad trenowaniem nowych reakcji i zachowań. Wprowadzenie na scenę kilku elementów: rytuałów, symbolu podróży i zapakowanego bagażu, walizki (co zabieram ze sobą, a co zostawiam) daje wiele możliwości zrekapitulowania tego, co osoba przeżywa, co było dla niej ważne, a co mogłaby pominąć w swoim życiu.

Trening roli (ćwiczenie na scenie nowych sposobów reakcji) może mieć zastosowanie, kiedy osoba chora znajduje się na etapie dokonywania zmian i ćwiczenia nowych zachowań w trakcie trwania końcowej fazy procesu terapeutycznego. Służy temu wprowadzenie na scenę w pozycję protagonisty ego pomocniczego (innych członków grupy, nie wykluczając terapeuty), które spontanicznie, kolejno wskazuje mu alternatywne (sprzyjające zdrowieniu) sposoby reakcji i zachowań wobec wizerunku ciała oraz innych chorobowych aspektów. Protagonista, oglądając je z tzw. metapozycji (z boku, nie będąc w swojej roli), może w dalszej kolejności trenować na scenie wybrane przez siebie propozycje, jednocześnie kreując i umacniając nowe, „zorientowane na życie” reakcje w przyszłości.

Podsumowanie

Psychodrama poprzez grę na scenie daje możliwości eksternalizacji wszystkich ważnych chorobowych aspektów wizerunku ciała (percepcji, myśli uczuć) oraz innych psychopatologicznych (anorektycznych i bulimicznych) objawów i ich mechanizmów.

Praca na scenie, poprzez tworzenie kolejnych (zgodnie z intencją protagonisty) obrazów, daje możliwość pogłębienia wglądu w świat przeżyć wewnętrznych i mechanizmy choroby. Im mniejszy stopień dyferencjacji self od obiektu, tym większe trudności napotyka pacjent w korzystaniu z narzędzi psychodramy, na przykład z umiejętności stosowania „zamiany ról”. Jest to technika, która uwzględnia przeżywanie siebie w roli innej osoby, co może wywoływać u pacjenta stan „pomieszania”: czy to ja, czy to ktoś inny mówi o mnie [1]. Stanowi to sygnał, że pacjent nie jest jeszcze gotowy do pracy w formie dialogu, który zakłada udział dwóch różnych od siebie postaci. Zadaniem terapeuty powinno być w takim przypadku zastosowanie alternatywnych technik, które pozwolą na ustanowienie bardziej stabilnego poczucia siebie (dialog terapeutyczny).

Psychodrama służy częściowo temu, aby pomóc pacjentom w zamianie abstrakcyjnych twierdzeń na bardziej konkretne. Poprzez swoje techniki zmniejsza poczucie zamieszania, niejasności, które stanowi główny powód nieradzenia sobie w „wewnętrznym doświadczaniu” i w relacjach ze światem zewnętrznym.

Zadaniem psychodramy i prowadzonej w paradygmacie psychodynamicznym psychoterapii nie tylko tej grupy chorych jest udzielanie pomocy w zrozumieniu znaczenia świata wewnętrznego w psychopatologii doświadczanych objawów i trudności emocjonalnych. Sądzę, że kreatywność i spontaniczność, zawarte w możliwościach technik psychodramy, mogą stanowić ważny element w generowaniu poznawczego i emocjonalnego wglądu, inspirujące źródło wiedzy o pacjencie oraz dostarczać

doświadczeń korektywnych. Sądzę, że możliwe jest integracyjne zastosowanie obu działań w grupowej i indywidualnej psychoterapii osób z anoreksją i bulimią psychiczną. Mogłoby ono skutkować dobrą (prozdrowotną) prognozą dla całego procesu leczniczego i wesprzeć rozwój dodatkowych terapeutycznych możliwości w leczeniu tej grupy chorych.

**Применение психодрамы в психотерапии пациентов с анорексией и булимией
(избранные элементы теоретического и экспериментального характера)**

Содержание

Заданием настоящего исследования является проба представления избранных теоретических предпосылок, так и собственных опытов в радиусе применения в течение психодинамической психотерапии (как групповой, так и индивидуальной) больных анорексией и булимией, элементов Мореновской психодрамы.

Психодрама путем креативности, спонтанности, принятия решений здесь и сразу на сцене, помогает достигнуть и идентифицировать в реализации терапевтические задания. Это позволяет понять больной анорексией или булимией ее внутреннее „перенесенной на тело” конфликтности.

Adaptation von Psychodrama in der Psychotherapie der Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (ausgewählte theoretische Inhalte und eigene Erfahrungen)

Zusammenfassung

Das Ziel des beschriebenen Artikels ist die Darstellung der ausgewählten theoretischen Inhalte und der eigenen Erfahrungen in der Anwendung der Psychodrama von Moreno in der psychodynamischen Psychotherapie (sowohl in der Gruppentherapie als auch in der individuellen Therapie) bei den Anorexia nervosa und Bulimie kranken Personen.

Das Psychodrama hilft durch die Handlungen hier und jetzt auf der Bühne, durch Kreativität und Spontaneität, die therapeutischen Ziele erreichen und intensivieren, die der an Anorexia nervosa und Bulimie kranken Person ihre interne „auf den Körper verlagerte“ Konfliktträchtigkeit bewusst machen.

L'adaptation du psychodrame dans la psychothérapie des patients souffrant de l'anorexie et de la boulimie nerveuses (éléments choisis de la thérapie et de l'expérience propre de l'auteur)

Résumé

Cet article essaie de présenter certains motifs théoriques et l'expérience propre de l'auteur concernant l'adaptation des éléments du psychodrame de Moreno dans la psychothérapie dynamique (individuelle et en groupe) des patients souffrant de l'anorexie et de la boulimie nerveuses.

Le psychodrame par sa créativité, spontanéité, par son action « ici et maintenant » aide à réaliser et à intensifier les objectifs thérapeutiques visant à prendre conscience par le patient de son conflit intérieur transféré au corps.

Piśmiennictwo

1. Bielańska A, red. *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*. Warszawa: Eneteia; 2009.
2. Izydorczyk B. *Psychodrama w leczeniu anoreksji psychicznej*. W: Bielańska A, red. *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*. Warszawa: Eneteia; 2009.
3. Levens M. *Art therapy and psychodrama with eating disordered patients*. W: Dokter D, red. *Fragile board arts therapies and cliens with eating disorders*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2000.

4. Bruch H. *Psychotherapy in primary anorexia nervosa*. W: Esman HA, red. *The psychiatric treatment of adolescents*. New York: Int. Universities Press; 1983.
5. Bruch H. *Death in anorexia nervosa*. *Psychosom. Med.* 1971; 33, 2.
6. Jay S. *The use of psychodrama in the field of bulimia*. W: *Fragile board arts therapies and cliens with eating disorders*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2000, s. 177–189.
7. Goldman EE, Morrison DS. *Psychodrama. Experience and process*. Dubinque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Co; 1984.
8. Blatner A. *Foundations of psychodrama: History, theory and practice*. New York: Springer Publishing Co; 1988.

Adres: Bernadetta Izydorczyk
Zakład Psychologii
Klinicznej i Szkolnej UŚ
ul. M. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice

Otrzymano: 20.09.2009
Zrecenzowano: 14.06.2010
Otrzymano po poprawie: 10.12.2010
Przyjęto do druku: 10.01.2011